

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mathilde DEROMPS

Née à Bruxelles le 28 mai 1892
Externe des Hôpitaux de Paris

OSTÉITE SYPHILITIQUE

HÉRÉDITAIRE TARDIVE

TRAITEMENT PAR LE NOVARSÉNOBENZOL

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLIET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNÉ
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

(In memoriam)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LETULLE

Professeur à la Faculté
Médecin de l'hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui, pendant le temps que
nous avons rempli les fonc-
tions d'interne dans leur ser-
vice, nous ont témoigné la
plus grande bienveillance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR V. WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté

*Qui a bien voulu nous
choisir comme préparateur de
son cours en 1916.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1911-1912-1913

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

1913-1914

MONSIEUR LE DOCTEUR OULMONT

Médecin de l'hôpital de Beaujon

1914-1915-1916

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine

1916-1917

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

MM. LES DOCTEURS TRÉMOLIÈRES ET BOIDIN

Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS PRAT

■ Chirurgien des Hôpitaux de Nice

OSTÉITE SYPHILITIQUE

HÉRÉDITAIRE TARDIVE

TRAITEMENT PAR LE NOVARSÉNOBENZOL

INTRODUCTION

M. Ménard d'une part (1), son élève M. Bénazet de l'autre (2), ont attiré l'attention sur l'extrême fréquence de la syphilis héréditaire des os longs. Ils ont montré que trop souvent ces lésions dont l'origine avait été méconnue furent imputées à tort à la tuberculose et traitées malheureusement comme telles. Actuellement encore parmi les nombreux malades qui, chaque année, sont envoyés à l'hôpital maritime de Berck, un dixième seraient porteurs de lésions syphilitiques. Dans certains cas, ces ostéites survenant chez des hérédo-syphilitiques avérés et accompagnées de stigmates aisément décelables ne présentent aucune difficulté de diagnostic. Mais, d'autres fois, ces stigmates, frustes, peuvent passer

1. Ménard, Le Moine, Pénard. *Contribution à l'Étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire* (Gazette des Hôpitaux, 25 avril et 2 mai 1908.)

2. Dr Édouard Bénazet, *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent*. Thèse de Paris, Steinheil, 1911.

inaperçus surtout, lorsqu'ainsi qu'il arrive trop souvent, on examine le malade avec l'idée préconçue de tuberculose.

On comprend donc, qu'à une époque où la radiographie ne venait pas à l'aide de la clinique, de nombreuses erreurs fussent commises. Mais actuellement avec les rayons X une grande difficulté disparaît. Nous avons là, en effet, un moyen d'exploration d'une importance capitale puisqu'il nous permet de voir la lésion elle-même, d'en suivre les contours de la détailler et d'en extraire des caractères distinctifs, dont l'ensemble nous permettra de poser avec quelque certitude, un diagnostic étiologique. Mais, si l'examen radiographique du système osseux est un facteur de premier ordre pour le diagnostic étiologique de la lésion, il permet aussi, lorsque le traitement spécifique est institué, d'en contrôler l'action, de suivre pas à pas la marche de l'hypérostose et il vient jeter une lumière nouvelle sur l'évolution de l'ostéite syphilitique. Toute observation d'ostéite hérédosyphilitique devra donc, pour être complète et offrir quelque intérêt, être accompagnée d'une ou de plusieurs épreuves radiographiques, dont l'une, prise lors de l'examen initial du malade. Alors seulement et surtout si à cet examen radiographique vient s'ajouter un examen de laboratoire positif, on peut avoir une certitude étiologique et instituer sans tâtonnement un traitement rapide et actif dont l'efficacité sera contrôlée par un examen radiographique ultérieur. Parmi les multiples observations jusqu'ici

publiées, nous n'en avons trouvé aucune qui fût accompagnée des épreuves radiographiques des lésions. Seul le Dr Milian (1), nous cite un cas d'hérédo-syphilis des os longs avec deux images radiographiques à l'appui qui ont permis, grâce à leur examen comparatif, de constater l'efficacité du traitement mis en œuvre. Il nous a paru intéressant d'ajouter au cas cité par lui une observation nouvelle qui tire d'ailleurs tout son intérêt des radiographies très précises qui ont été faites des lésions observées. Ces radiographies mettent en valeur quelques données pathologiques de même qu'elles constituent une preuve nouvelle de l'efficacité du *novarsénobenzol*.

1. Dr Milian, *Syphilis des os et des articulations* (Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, Baillière 1912).

STATISTIQUES

Avant d'entrer dans notre sujet, si nous consultons quelques chiffres dus à des auteurs différents nous voyons que le système osseux est fréquemment atteint par la syphilis et que les localisations en sont variables.

Sur 64 cas de syphilis avec manifestations osseuses, JULLIEN donnait la répartition squelettique suivante :

Nez	19 cas
Tibia.....	15 —
Palais.....	15 —
Sternum.....	5 —
Clavicule et maxillaire.....	4 —
Frontal.....	1 —
Pariétal.....	1 —
Vertèbres.....	1 —
Omoplate.....	1 —
Cubitus.....	1 —
Rotule.....	1 —

Sur 945 cas de syphilis du squelette, FOURNIER localise ainsi les lésions.

Tibia.....	248
Squelette osseux nasopalatin.....	238
Fémur.....	16

MÉNARD, LE MOINE et PÉNARD pour 50 os longs altérés donnent la proportion suivante :

Tibia.....	24
Cubitus.....	10
Fémur	6
Humérus	5
Radius	4
Péroné	4

Alors que M. BÉNAZET dans sa thèse nous donne les chiffres suivants pour 97 os longs touchés :

Tibia.....	39
Fémur	14
Péroné	8
Cubitus.....	20
Humérus	9
Radius	7

SYPHILIS FÉMORALE

Il résulte des chiffres précédemment énoncés que tous les os longs peuvent être touchés par la syphilis avec cependant une prédilection marquée pour le tibia dit *l'os aimé* de la syphilis.

Parmi les lésions dues à la syphilis héréditaire tardive, les lésions osseuses occupent le deuxième rang après les localisations oculaires, nous dit le professeur Fournier.

D'après lui, il y aurait 38 cas de syphilis osseuse pour 100 cas de syphilis héréditaire tardive. Souvent d'ailleurs, manifestations osseuses et manifestations oculaires coïncident chez le même sujet,

Pour le Dr Bénazet, certains os seraient exclusivement touchés par la syphilis, tels : la clavicule dont les lésions seraient toujours syphilitiques et jamais tuberculeuses. Il est vrai qu'au contraire, M. le professeur Broca affirme l'atteinte fréquente de la clavicule par la tuberculose dont on observerait souvent l'envahissement de la diaphyse entière (1).

D'après les statistiques de MM. Ménard et Bénazet,

1. Broca et Philbert, *Tuberculose diaphysaire des os longs* (*Paris Médical*, 1913).

les lésions du fémur occupent le troisième rang parmi les localisations syphilitiques tardives des os longs.

Dans la syphilis des nouveaux-nés, la localisation fémorale paraît au contraire beaucoup plus fréquente.

Thomsen, sur 55 nouveau-nés syphilitiques, trouve vingt et une fois par les rayons X des lésions osseuses de l'extrémité inférieure du fémur (1), soit près de la moitié.

A cet âge, les lésions, qui débent au niveau du bulbe à la limite de la diaphyse et de l'épiphyse, cette dernière étant encore cartilagineuse chez les tout nouveau-nés, se traduisent sur l'image radiographique par un liseré foncé qui correspond à une zone de calcification pathologique. Ce liseré est surmonté par une zone plus claire due à un processus de raréfaction diaphysaire. On trouve en plus sur les parties latérales du fémur de la périostite.

1. Thomsen, *De la valeur de la radiographie pour le diagnostic de la syphilis congénitale chez les nouveau-nés* (Bibliothek for Læger, 1907).

SIÈGE DE LA LÉSION

Ces constatations mettent en évidence un fait d'anatomie pathologique : c'est le début de la lésion au niveau du bulbe, au voisinage du cartilage de conjugaison.

Les lésions peuvent s'étendre ultérieurement soit vers la diaphyse, soit vers l'épiphyse et donner lieu suivant le sens de leur extension à ces formes : diaphysaire, dia-épiphyssaire, épiphyssaire qui font la base de la classification qu'a adoptée le Dr Bénazet dans sa thèse.

Le plus souvent, d'après Fournier et Lannelongue, l'extension se ferait vers la diaphyse. Quand l'envahissement de l'os est total, il semblerait, au contraire que, partie du bulbe, la lésion s'étendrait d'abord vers l'épiphyse pour envahir ensuite la diaphyse et cela se conçoit, puisque l'épiphyse étant plus longtemps cartilagineuse, elle est plus longtemps le siège d'activité des cellules osseuses.

Il est bien évident qu'une fois les lésions diffusées, il est impossible de dire si l'extension primitive a été épiphyssaire ou diaphysaire, sauf, et tel est le cas que nous présentons, si les deux os symétriques sont

frappés par la syphilis, l'un montrant des lésions anciennes et constituées, l'autre montrant des lésions à leur début.

Par conséquent, on ne peut affirmer que la prédominance de l'hyperostose diaphysaire est propre à la syphilis.

Le lieu d'élection doit, sans doute, correspondre au point osseux où les cellules sont le siège d'une activité plus grande, comme le fait se produit de même pour toutes les localisations microbiennes.

D'ailleurs l'étude radiographique de la syphilis héréditaire tardive que donne M. Bénazet, accuse un nombre notable de localisations épiphysaires ou dia-épiphysaires.

D'après M. Ménard, le siège de la lésion serait :

Seize fois exclusivement diaphysaire ;

Vingt-deux fois dia-épiphysaire ou prédominant à la diaphyse ;

Huit fois épiphysaire avec propagation aux articulations.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les auteurs distinguent parmi les lésions de la syphilis héréditaire tardive deux grandes formes : hyperostosante et nécrosante.

Malgré cette distinction on peut dire que, pratiquement, et c'est ce qui la différencie le plus nettement de la tuberculose, la syphilis osseuse détermine une réaction du tissu osseux qui se traduit par une surproduction de ce tissu, une hyperostose.

L'hypertrophie osseuse peut atteindre des dimensions colossales telles que celles que nous reproduisons. Ce peut être une augmentation massive. Le plus souvent, c'est une hypertrophie en forme de fuseau ou en massue.

Si l'on examine avec attention la plupart des images radiographiques de syphilis osseuse, on peut constater que le canal médullaire, complètement masqué par endroit, reparaît par places aux points où la tuméfaction osseuse est moins intense.

Bien plus, on arrive à distinguer sous les couches plus ou moins compactes de tissu osseux nouveau, les contours de l'os primitif qui paraît alors engainé dans un manchon osseux de néoformation.

C'est dans le bulbe d'abord, le périoste ensuite qu'il faut chercher l'origine de l'ostéite syphilitique. C'est donc avant tout une périostite.

Quel est le processus pathologique que nous révèlent la clinique et la radiographie ?

La lésion, avons-nous dit, débute au sein même du bulbe avoisinant immédiatement le cartilage de conjugaison. C'est alors une gomme intra-osseuse qui se traduit sur l'image radiographique par une tache claire.

La lésion débutante sera immédiatement suivie d'une réaction de défense de l'organisme qui tendra à l'isoler. C'est alors que le périoste va élever une barrière d'os nouveau en regard des lésions menaçantes.

Cette activité du périoste s'accompagne de douleur, le membre malade peut être augmenté de volume ; les parties molles, infiltrées de sérosité présentent une consistance plus ferme ; l'os, enveloppé de ce tissu œdémateux (1), semble plus gros. Néanmoins, aucune trace de déformation osseuse n'existe sur l'épreuve radiographique.

C'est qu'à ce moment aucune couche osseuse nouvelle n'est encore constituée et que le périoste seul est distendu. Sous ce périoste, au niveau même du siège de la gomme, entre lui et l'os, s'accumule une assez grande quantité de cellules embryonnaires, lymphocytes et plasmazellen.

1. Bénazet, *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent* (Paris, Steinheil, 1911, p. 143).

Il y a également périostite : entre les fibres du périoste, les cellules interposées prolifèrent activement. Le tissu conjonctif qui l'entoure, présente également un peu d'œdème inflammatoire (1).

L'os, dans ses couches superficielles, au voisinage du périoste, montre les ouvertures des canaux de Havers, élargis et remplis d'une moelle rouge embryonnaire ou grise et gélatiniforme (2).

Tel est le premier stade, stade de périostite non décelable par les rayons X ou quelquefois donnant lieu seulement à une ombre qui apparaît parfois sur le papier loin du contour de l'os (3).

Plus tard, les cellules de la face profonde du périoste retournent à l'état embryonnaire, deviennent cubiques comme les ostéoblastes de la période de développement de l'os et s'entourent de tissu calcaire. Elles constituent alors les *ostéophytes* de la syphilis, apparues sous le périoste. Encore très facilement adhérentes à la surface de l'os ancien, elles se détachent avec le périoste et adhèrent à sa surface interne lorsqu'on le sépare de l'os (4).

Plus tard, les *ostéophytes* se soudent à l'os: Le tissu de néoformation est donc essentiellement une périostose, reliquat des inflammations périostiques

1. Cornil, *Leçons sur la syphilis*, 1879, p. 273.

2. Cornil.

3. Dr Milian, *Syphilis des os et des articulations* (*Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert).

4. Cornil.

et entourant l'os primitif d'un manchon, d'une gangue de tissu osseux nouveau inflammatoire.

Ce tissu nouveau, suivant son épaisseur, sa structure plus ou moins compacte, va masquer la lumière du canal médullaire, soit en partie, soit en totalité.

Mais on arrive malgré tout, à distinguer l'os ancien au centre de la périostose.

Plus tard encore, les *ostéophytes* se médullisent (1). Les canaux osseux s'élargissent et se remplissent de moelle. L'os nouveau sous-périosté montre alors de larges espaces à grande axe dirigé suivant celui de la diaphyse.

La syphilis osseuse évoluant par poussées, après une première période d'activité le processus peut se suspendre pendant plusieurs années parfois. Puis, sous l'influence d'une nouvelle gomme, l'activité se réveille et une nouvelle couche d'*ostéophytes* se forme, se superposant à la précédente et se traduisant sur l'épreuve radiographique par une apposition de tonalité différente. Plusieurs couches successives d'os nouveau se forment ainsi concentriquement à l'os primitif.

Le foyer d'hyperostose, outre ses différences de teinte qui correspondent à des couches d'os néoformé d'âge différent, montre au sein de régions uniformément opaques, des taches claires de forme variable, arrondies, cylindriques ou ovalaires.

1. Milian, *Syphilis héréditaire précoce. Maladie de Parrot* (*Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, p. 153).

C'est qu'au stade d'ossification nouvelle, succède par endroits un processus de raréfaction, d'où plus grande transparence en ce point aux rayons de Roetgen.

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE

On voit donc les aspects multiples que peuvent présenter les images radiographiques, suivant le stade évolutif des lésions qui existent au moment où l'examen radiographique est pratiqué.

Tout d'abord, au stade de périostite pure malgré l'éclosion des signes cliniques, malgré la douleur, malgré l'épaississement apparent que révèle la palpation et surtout si la lésion porte sur un segment volumineux de membre, la partie supérieure de la cuisse par exemple, on ne trouve rien. Pas la moindre déformation osseuse. Tout au plus, parfois, avoisinant immédiatement le cartilage de conjugaison, une tache claire, gomme intra-osseuse.

A ce moment, le périoste seul est distendu.

Plus tard, une fois la périostose constituée, on aura, suivant les cas, suivant la localisation de la gomme primitive, des aspects très variables. Si le siège de la lésion est diaphysaire, ce sera une périostose en fuseau, de teinte plus foncée que le reste de l'os, masquant le canal médullaire qui aura le plus souvent conservé ses dimensions normales et qui transparaîtra au-dessous du manchon périostotique surajouté, sous forme d'une longue bande claire. Dans

ce cas la silhouette de l'os présente l'aspect classique du corps musculaire contracté sur ses tendons d'insertion (1).

S'il y a plusieurs centres d'hyperostose superposés, la diaphyse présente un aspect de fuseau bosselé. Parfois c'est un véritable manchon périostique qui entoure la diaphyse sur toute sa hauteur. D'autres fois, on voit un simple fuseau opaque appliqué le long de la région dia-épiphysaire.

Si la périostose est épiphysaire, l'os est déformé en massue ou en gigot suivant l'expression classique (2). Au tibia, c'est la déformation dite *en lame de sabre* ; d'autres fois c'est tout simplement la crête rectiligne qui est transformée en une ligne onduleuse.

Aux phalanges, on a un élargissement de l'ombre osseuse ; les os du carpe présentent un contour flou et leurs interlignes n'apparaissent plus aussi nettement.

Plus tard enfin encore, s'il s'agit d'un malade dont les douleurs remontent à une époque reculée, qui a eu plusieurs crises douloureuses espacées, séparées par des intervalles de plusieurs mois, de plusieurs années même, pendant lesquelles les lésions avaient été oubliées, nous aurons une de ces déformations gigantesques, de ces hypertrophies colossales, avec

1. Ménard, Le Moine, Pénard, *Contribution à l'étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire des os longs* (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1908, p. 606).

2. Milian, *Syphilis des os et des articulations* (*Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, Baillière, 1912).

des ombres de tonalités variées, ayant chacune une signification pathologique différente.

Nous verrons un os très augmenté de volume, dont le canal médullaire sera en partie ou en totalité masqué par une hyprostose opaque. En l'étudiant de près, nous verrons que cette hyprostose ne constitue pas un tout homogène, mais qu'elle est formée de plaques concentriquement superposées, que l'on peut dissocier, grâce à leur tonalité différente et qui sont l'indice de poussées inflammatoires successives. L'hyperostose peut elle-même être revêtue d'une couche plus transparente, correspondant à du tissu osseux jeune, à une zone de périostose nouvelle.

Au centre de l'image, nous apercevrons par places des zones claires dont la situation médiane, le long du grand axe de l'os, fera penser à des « échappées de la vue sur la clarté naturelle du canal médullaire » (1) au travers de l'os surajouté.

Au sein même de la zone opaque, nous apercevrons d'autres taches claires irrégulièrement disséminées et qui correspondent à un état lacunaire du tissu malade. C'est la simple manifestation d'un processus d'ostéite raréfiante qui prend toujours place à côté du processus d'ostéite condensante, ces deux processus marchant côte à côte ainsi que l'avaient signalé Gangolphe et Ollier qui considéraient ce double processus « comme un des caractères des lésions syphilitiques osseuses ».

1. Bénazet, *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent*, p. 66.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

A ce stade de déformation massive, le diagnostic n'est pas douteux et l'on peut dire que ces déformations fuselées sont propres à la syphilis.

M. le professeur Broca néanmoins (1), nous décrit comme étant tuberculeuses, des ombres typiques de périostoses syphilitiques. Telles les deux observations suivantes citées par lui dans son article. La première (obs. I, B...) est accompagnée d'une image radiographique qui montre une diaphyse soufflée dans son tiers inférieur. La seconde (obs. X, M...) est également accompagnée d'un dessin radiographique, qui montre : juxtaposée à la diaphyse ancienne, à côté d'une zone claire centrale allongée suivant l'axe de la diaphyse et qui correspond au canal médullaire, une ombre nouvelle à contours plus ou moins nets, d'os nouveau sous-périosté.

Il est pourtant d'une importance primordiale de faire un diagnostic aussi précoce que possible de la syphilis héréditaire tardive et il faut se rappeler l'erreur si fréquente, qui consiste à considérer et à

1. Broca et Philbert *Tuberculose diaphysaire des os longs*. (*Paris médical*, 1913).

traiter comme tuberculeuses des lésions syphilitiques.

MM. Ménard et Bénazet nous ont donné de multiples observations de ces cas où envoyés comme étant atteints d'ostéite tuberculeuse justiciable du traitement de Berck, nombre de malades leur étaient adressés qui étaient reconnus ensuite syphilitiques après un examen plus approfondi, ces sujets étant le plus souvent porteurs d'autres stigmates de syphilis. Il est donc de toute nécessité lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéite chez un enfant ou un adolescent, de rechercher avec attention les stigmates de syphilis héréditaire qu'il pourrait présenter et de faire usage des renseignements que peut fournir le laboratoire. Après radiographie on pratiquera chez ces malades une réaction de Wassermann et en fait, c'est le parti auquel se sont ralliés les médecins traitants de Berck qui soumettent systématiquement à la réaction de Wassermann les petits malades suspects qui leur sont envoyés.

On ne s'étonnera pas de voir accorder tant d'importance à la syphilis osseuse héréditaire devant le nombre croissant des cas chaque jour révélés et on ne s'étonnera pas de voir insister sur ce point si l'on songe au fait plus grave de la sanction thérapeutique que le diagnostic entraîne.

Les observations rapportées par MM. Ménard et Bénazet ont jeté une lumière sur le résultat fâcheux et les conséquences désastreuses qu'amène un traitement chirurgical appliqué à des ostéites considérées

à tort comme tuberculeuses. De nombreux cas ont démontré que le traitement chirurgical auquel sont soumis les malades porteurs de lésions osseuses qui sont traitées comme des lésions tuberculeuses alors qu'elles sont syphilitiques a toujours un effet déplorable non seulement sur la lésion osseuse elle-même, l'hypérostose trépanée recevant du fait de l'intervention, un coup de fouet, mais encore sur les lésions des parties molles : gommès, fistules, ulcérations, qui sont ensuite beaucoup moins sensibles à l'influence du traitement spécifique lorsqu'elles ont subi une intervention antérieure.

Nécrose à la surface de la plaie. Extrême difficulté de la guérison. Fréquence des séquestres : telles sont les conséquences, dit le Dr Ménard, du traitement chirurgical (1).

Le seul traitement chirurgical, dit le Dr Milian, doit être réservé aux cas où, malgré un traitement médical suffisant et suffisamment prolongé, un séquestre visible ou perceptible au stylet, s'opposerait à la cicatrisation de la plaie.

Un traitement médical sera donc institué et institué aussi précocement que possible.

Quel sera le spécifique employé et quel résultat en devons-nous attendre ?

Les résultats sont variables suivant l'agent employé et les opinions sont variables suivant les auteurs.

1. Ménard, Le Moine, Pénard, *Contribution à l'Etude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire des os longs* (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1908).

Le traitement, nous dit M. Ménard, n'a que peu d'action sur une périostose définitivement constituée (1). Mais il ajoute : les lésions en activité ont été guéries rapidement par le traitement mercuriel (2).

M. Bénazet de même (3), cite l'opinion de Lannelongue (4) d'après qui le traitement ne peut rien sur les déformations acquises lorsqu'elles ont plus de quelques mois d'existence. « Tout ce qui est aigu, c'est-à-dire nouveau disparaît : les phénomènes douloureux, le gonflement du périoste et des couches sous-jacentes nouvelles diminuent en six, huit, dix jours. »

M. Bénazet affirme une fois de plus la rapidité d'action du traitement sur les phénomènes aigus tels que : douleur, gonflement, œdème, gommès fluctuantes, ulcérations cutanées et son impuissance devant les lésions osseuses déjà formées. « S'il arrive parfois, dit-il, qu'on réduise le volume de certaines hypos-toses grâce au seul traitement médical et qu'on fasse même disparaître ainsi dans une notable porportion les troubles articulaires de certaines jointures malades, c'est qu'il s'agissait seulement de gonflement périostique et non pas d'une lésion constituée. »

Il est vrai que le Dr Bénazet cite à l'appui de son dire des cas dans lesquels on n'a pas usé du traite-

1. *Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1908.

2. *Gazette des Hôpitaux*, Observation XIV, p. 606.

3. *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent*, p. 167.

4. Lannelongue. Séance de l'Académie de Médecine, 3 mars 1903.

ment le plus actif. Le seul médicament qui ait été employé dans tous les cas cités par lui fut le mercure, soit sous forme de sels solubles (bi-iodure de mercure), soit sous forme de sels insolubles (calomel), en injections intramusculaires, soit sous forme de frictions à l'onguent napolitain, soit enfin sous forme de sirop de Gibert administré par voie buccale.

Le Dr Milian au contraire, qui a fait usage du dioxy-diamido-arséno-benzol a observé un soulagement immédiat, disparition des douleurs en deux ou trois jours et effacement des périostoses.

Il conseille l'administration du médicament même dans les cas de périostose constituée ou l'on voit, dit-il, « se produire des résorptions osseuses absolument inattendues » (1).

Il nous cite ainsi le cas de l'enfant P..., avec radiographies à l'appui comme moyen de contrôle, prises avant et après le traitement (2).

Le cas cité par lui est celui d'un enfant de sept ans atteint de syphilis héréditaire.

Sur la première radiographie, nous voyons que le canal médullaire et l'os ancien ont presque entièrement disparu sous les couches d'os nouveau périphérique.

Le tissu nouveau, la périostose, donne à l'os une apparence en gigot.

1. Dr Milian, *Syphilis des os et des articulations* (Traité de Médecine, Brouardel et Gilbert, p. 181).

2. Dr Milian, *Syphilis des os et des articulations* (Traité de Médecine, Brouardel et Gilbert, p. 119, fig. 33 et 34).

On y trouve des régions à opacité compacte et des espaces clairs, ces derniers relevant de dépôts gommeux et d'ostéite raréfiante.

A la suite du traitement, les douleurs avaient disparu en quelques jours et la nouvelle radiographie prise trois mois après, montrait que les lésions avaient considérablement régressé.

Sur cette seconde radiographie, nous voyons que les contours des parties molles ont presque entièrement repris leur forme normale.

Les dépôts périostiques ont diminué des deux tiers. Les couches ostéo-périostiques à espaces clairs d'origine gommeuse sont résorbées.

Le canal médullaire réapparaît partiellement par endroits. Du tissu compact élargit l'os et en rend les contours sinueux.

Le cas d'ostéite syphilitique que nous avons eu l'occasion d'étudier et de traiter est un nouvel exemple de l'action efficace du novarsénobenzol sur la périostose elle-même.

Un examen comparatif des deux radiographies, l'une faite à l'entrée de la malade à l'hôpital, l'autre faite après trois mois de traitement, nous a permis de contrôler l'action du médicament spécifique de suivre pas à pas la marche de l'hyperostose et sa régression sous l'influence de la médication anti-syphilitique.

Le cas présent, de même que celui rapporté par le Dr Milian et peut-être plus encore que ce dernier, nous montre une fois de plus qu'il ne faut pas

désespérer de voir régresser sous l'action de la médication arsenicale des lésions osseuses même constituées et que l'opinion de Lannelongue vraie alors, ne répond plus aujourd'hui à la réalité. Ce cas, où en l'absence de phénomènes aigus en traduisant bruyamment l'existence, une périostose énorme s'était peu à peu constituée, se présentait sous les auspices les plus défavorables tant par l'ancienneté des lésions que par leur énorme développement. Or, nous avons pu voir la tuméfaction osseuse se modifier d'une façon rapide à la suite de la médication arsenicale faible que nous avons instituée. Ne nous est-il donc pas permis de supposer qu'un résultat autrement meilleur aurait pu être obtenu par un traitement précoce ?

La lésion aurait pu, sans aucun doute, être dépistée plusieurs années auparavant et par un seul signe : la douleur.

Dans l'ostéite syphilitique, en effet, le symptôme *douleur* prend une importance capitale. Ici, en l'absence de tout phénomène aigu, la douleur, douleur même peu intense, est le seul signe qui aurait pu permettre de dépister la lésion à son début et d'instituer, aussitôt après le contrôle radiographique un traitement spécifique approprié.

OBSERVATION

La malade dont il s'agit fut envoyée dans le service de M. le Dr Mosny, le 17 juillet 1916, se plaignant de douleurs dans la cuisse droite, douleurs qu'elle éprouvait depuis six mois environ, à prédominance d'abord nocturne et qui maintenant l'empêchaient de marcher et de s'accroupir. Depuis quelques jours, de vagues douleurs étaient apparues au niveau de la cuisse gauche.

La malade, qui est amenée par sa sœur, a vingt ans. Elle est de petite taille, d'aspect infantile, mais au premier abord, elle ne présente pas de ces stigmates qui, à distance, permettent de reconnaître l'hérédo-syphilitique. Pas de déformation du crâne, pas d'exagération de la concavité frontonasale, aucune déformation nasale.

Elle n'a pas connu son père. Sa mère est bien portante. Elle a trois sœurs bien portantes, mariées. L'une d'elle a fait une fausse couche, mais a eu depuis un enfant vivant.

En interrogeant la malade, nous apprenons qu'à l'âge de cinq ans, est apparue à l'œil gauche une taie cornéenne qui s'est étendue, puis a ensuite partiellement régressé.

Elle est ordinairement bien portante, mais n'a jamais été réglée.

A l'âge de quinze ans, elle fut prise brusquement de

douleurs siégeant à la partie supérieure de la cuisse droite et irradiant dans toute la cuisse, douleurs surtout nocturnes.

On lui fit à ce moment-là, des frictions sur tout le membre avec une *pommade jaune* mais d'après les renseignements fournis par elle, il ne semble pas qu'elle ait suivi de traitement spécifique.

Au bout d'un an, les douleurs rétrocédaient et n'avaient plus reparu depuis, quand, il y a six mois, elles avaient repris avec le même caractère mais étaient allées en s'accroissant. La jeune fille est, avons-nous dit, un type d'enfant. Elle mesure 1 m. 46. Son poids est de 40 kgr. 500.

Les extrémités sont mignonnes, les seins à peine saillants, les hanches peu développées, le pubis glabre.

La tension artérielle prise au Pachon avec brassard d'Henriquez est de : $\frac{11-12}{9}$

Elle n'a jamais eu ses règles.

On note quelques signes d'hérédosyphilis : voûte palatine ogivale ; dystrophies dentaires avec implantation défectueuse ; inégalité pupillaire au profit de la pupille droite mais pas d'Argyll-Robertson.

Localement, on constate que la cuisse droite est notablement plus volumineuse que la gauche mais sans aucune modification des parties molles. •Aucun gonflement ni œdème.

Le membre droit présente un allongement apparent net.

Voici les mensurations comparatives des deux membres.

Membre droit. — De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole interne : 75 centimètres.

Membre gauche. — 72 centimètres.

Circonférence de la cuisse droite mesurée à 25 centimètres

au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure : 42 centimètres.

Diamètre de la cuisse gauche : 38 centimètres. D'où un allongement réel de 3 centimètres et un épaississement de 4 centimètres.

A la palpation, à peu près indolore, on sent un fémur droit très volumineux, très irrégulièrement cylindrique avec point douloureux au niveau du condyle interne gauche.

Adénopathies crurale et inguinale droites et gauches mais beaucoup plus accentuées à droite.

Réflexe rotulien plutôt exagéré des deux côtés. Pas de Babinski.

L'examen radiographique du membre malade est pratiqué et confirme ce que laissait prévoir l'examen clinique : une périostose considérable du fémur droit, constituant une véritable monstruosité osseuse (Planche I).

Les lésions occupent la totalité de l'os. Elles intéressent l'épiphyse supérieure, la diaphyse et l'épiphyse inférieure jusqu'aux condyles. Grossièrement, le fémur apparaît comme un cylindre irrégulier, plus large à la partie inférieure et atteignant à la diaphyse trois fois le diamètre du fémur normal.

Les lésions de périostose extrêmement anciennes et opaques masquent l'os primitif et empêchent d'en délimiter les contours sauf à la partie inférieure où l'on distingue assez nettement l'os que l'on peut suivre jusque vers la partie moyenne. La périostose est limitée par une ligne sinueuse, godronnée, avec par endroits une bordure plus claire et plus transparente correspondant sans doute à de l'os nouveau en voie de formation. Par places, en plein centre de périostose, se voient des taches claires, points de raréfac-

PLANCHE I

Radiographie prise à l'entrée de la malade le 17 juillet 1916. Les lésions extrêmement opaques occupent la totalité de l'os, le masquant et empêchant d'en délimiter les contours. Remarquer la zone de périostose en fuseau au niveau du condyle interne de l'autre fémur.

tion osseuse (Pl. II). Du côté du membre supposé sain mais où la malade accusait déjà quelques douleurs, la diaphyse est intacte mais nous voyons au niveau de la partie dia-épiphysaire interne une périostose en fuseau de date certainement plus récente, limitée par une ligne irrégulièrement convexe, s'étendant jusqu'au niveau du condyle interne et atteignant au niveau de sa partie la plus large à peu près 1 centimètre (Pl. III).

La réaction de Wassermann pratiquée aussitôt a été positive pour le liquide céphalo-rachidien et pour le sérum.

L'examen des yeux a été fait par le Dr Joseph qui nous a remis la note suivante :

Œil gauche { *kératite parenchymateuse*
et œil droit { *avec lésions d'iritis chronique.*

Adhérences pupillaires.

Troubles des liquides intra-oculaires.

Ces lésions du segment antérieur, spécifiques sans aucun doute, rendent très difficile l'exploration du fond de l'œil. Je ne vois pas de grosses lésions chorio-rétineuses, mais il peut en exister de fines, que je ne puis constater en l'état actuel des cornées ou de très périphériques qu'on ne peut déceler (Dr Joseph).

Nous avons aussitôt institué la médication spécifique en vue surtout de calmer les phénomènes douloureux, d'empêcher l'évolution et d'enrayer la marche grandissante des lésions mais sans aucun espoir de les voir elles-mêmes se modifier, et le 27 juillet, après avoir constaté l'intégrité du filtre rénal, la malade recevait une première injection intraveineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol qu'elle supportait très bien sans aucune élévation thermique ni réaction.

PLANCHE II

Radiographie prise à l'entrée de la malade le 17 juillet 1916. Etude plus détaillée de la planche I. Extrémité inférieure du fémur droit. Au-dessous de la périostose, on arrive à délimiter les contours primitifs de l'os. La périostose est limitée par une ligne sinueuse. Voir la bordure plus claire et plus transparente qui correspond à de l'os nouveau en voie de formation.



Les 3 et 10 août, elle recevait successivement une injection de 0 gr. 30 puis une autre de 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

Dès la troisième piqûre les douleurs étaient moins vives dans la cuisse droite mais celles de la cuisse gauche restaient aussi intenses.

Le 17 août, une quatrième injection de 0 gr. 60 de novarsénobenzol lui était faite.

Le 19, toute douleur avait disparu aussi bien dans la cuisse gauche que dans la cuisse droite.

Le 24 août, on commence une série de piqûres quotidiennes de 0 gr. 02 de benzoate de mercure que l'on est obligé d'interrompre dès la sixième piqûre à cause de l'apparition de signes précoces de stomatite (douleurs au niveau des glandes sublinguales et sous-maxillaires ; tuméfaction des gencives).

Réapparition des douleurs dans les deux cuisses et dans le genou droit. Elles sont aussi violentes qu'avant le commencement du traitement.

Le 11 septembre, on refait une nouvelle série de novarsénobenzol en commençant par une première injection de 0 gr. 15.

Le 12, les douleurs ont beaucoup diminué dans les deux cuisses.

Le 18, nouvelle injection de 0 gr. 30 de novarsénobenzol.

Le 22, les douleurs ont encore diminué mais n'ont pas disparu complètement.

Le 25, plus de douleurs dans la cuisse gauche.

Dans la cuisse droite quelques douleurs lancinantes subsistent, intermittentes, pas très violentes, n'empêchant ni la marche ni les mouvements.

PLANCHE III

Radiographie prise à l'entrée de la malade le 17 juillet 1916.
Extrémité inférieure du fémur gauche. Au niveau de la partie dia-
épiphysaire interne, périostose en fuseau, limitée par une ligne
irrégulièrement convexe, s'étendant jusqu'au niveau du condyle
interne.



Injection de 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

Le 2 octobre. — Cessation complète des douleurs.

Injection de 0 gr. 60 de novarsénobenzol.

9 octobre. — Piqûre de 0 gr. 01 de benzoate de mercure.

Le 12 au soir, les douleurs ont repris dans la cuisse droite, particulièrement vives au niveau de l'extrémité inférieure du fémur.

Le 15, on supprime les piqûres de benzoate et on donne à la malade 1 gramme d'iodure de potassium.

Des phénomènes d'iodisme surviennent quelques jours après, et le 26 octobre, on est obligé de le lui supprimer.

Le 30, on lui recommence une nouvelle série d'injections intraveineuses de 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60 de novarsénobenzol, faites chacune à huit jours d'intervalle.

Le 23 novembre au soir, la malade fait une angine et la température monte à 40 degrés. A ce moment un peu d'albumine apparaît dans les urines. L'angine, banale, suit son cours normalement.

Dans les premiers jours de décembre, la malade voit apparaître ses règles pour la première fois, et le 3 décembre nous faisons faire une nouvelle radiographie de contrôle.

A ce moment, la malade marche de façon normale et peut exécuter tous les mouvements sans douleur.

Les douleurs spontanées ont complètement disparu du côté gauche. Du côté droit, quelques douleurs légères sont ressenties par intermittences. La palpation du membre est du reste absolument indolore.

Si en soumettant la malade au traitement spécifique, nous escomptions un résultat au point de vue fonctionnel et surtout au point de vue de l'atténuation des phénomènes

PLANCHE IV

Radiographie prise le 2 décembre 1916. Après traitement comparer cette radiographie à la précédente (Pl. III).

Voir dans quelles proportions considérables la périostose a diminué.



douloureux, il est juste de dire que nous nous attendions à ne trouver aucune modification dans l'image radiographique ni aucune régression de l'hypérostose.

C'est donc avec un certain étonnement que nous avons noté sur les radiographies nouvelles que nous avons fait faire, absolument superposables aux précédentes, une diminution appréciable de l'ostéite hypertrophiante.

Examinons les deux épiphyses inférieures droite et gauche prises à quatre mois et demi de distance et comparons.

Comparons ces deux radiographies de décembre aux radiographies de juillet.

Voyons d'abord les lésions du fémur gauche (Pl. IV). La zone périostose qui mesurait une longueur de 7 centimètres avec une largeur de 1 centimètre en son point le plus saillant, mesure maintenant 6 centimètres et demi sur un demi de large. Les sinuosités sont beaucoup moins marquées.

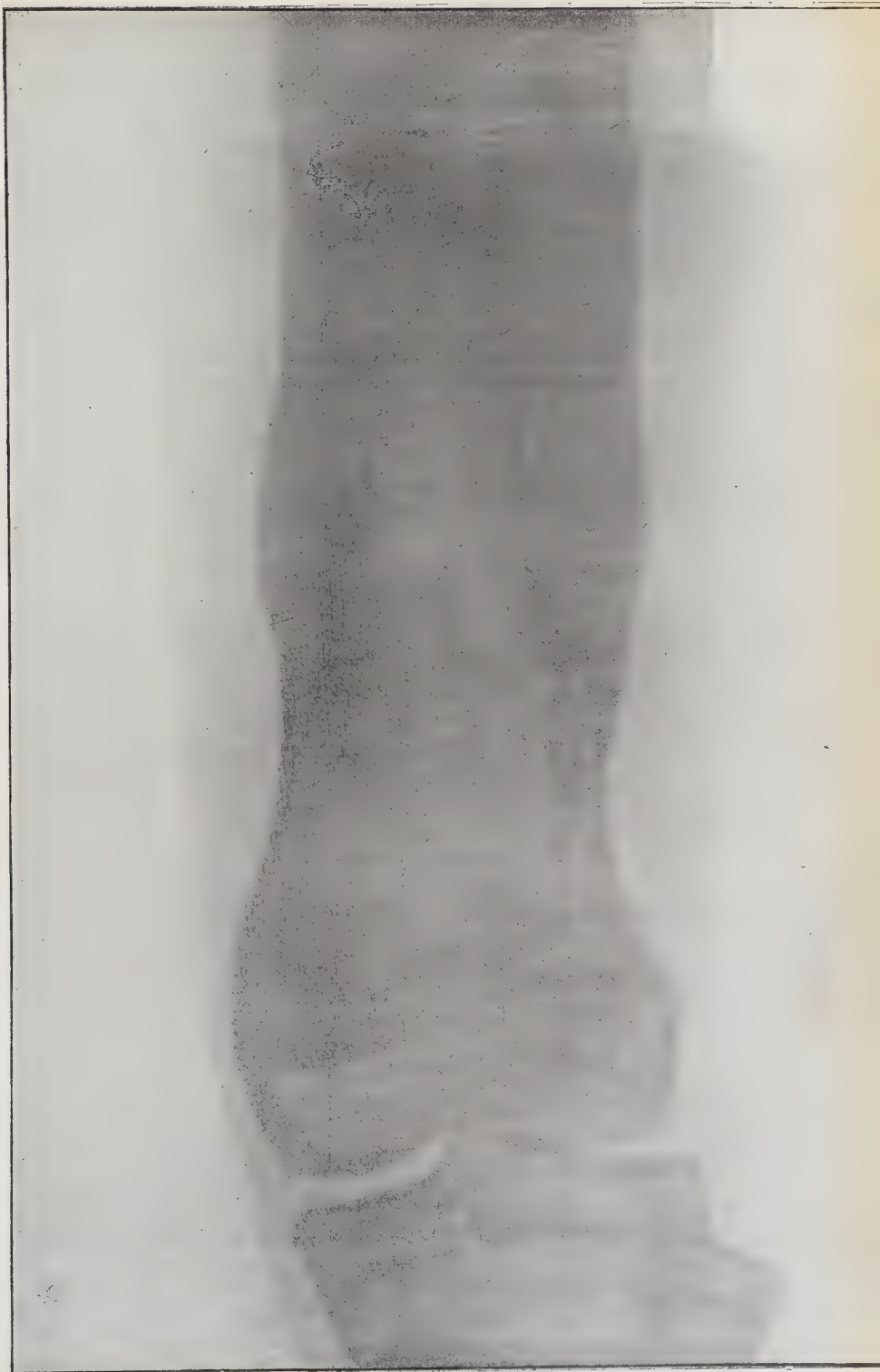
Voyons maintenant le côté droit. Là encore, malgré la grande ancienneté des lésions, les progrès ne sont pas moindres (Planche V).

Les contours primitifs du fémur se distinguent très nettement sur une plus grande hauteur. Les contours de la périostose ne présentent plus les échancrures irrégulières qui se voient sur l'image précédente. Les taches claires disséminées dans la zone opaque ont disparu. Du côté externe, la périostose qui mesurait en son point le plus renflé 2 centimètres, ne mesure plus maintenant que 1 centimètre $1/2$.

Du côté interne de 1 centimètre $1/2$ elle est passée à 1 centimètre. Or, songeons bien que cette malade aux lésions si développées et si anciennes n'est soumise à un traitement que depuis quatre mois.

PLANCHE V

Radiographie prise le 3 décembre 1916. Extrémité inférieure du fémur droit. Comparer cette planche à la planche II. Voir comme les contours primitifs du fémur se distinguent nettement sur une plus grande hauteur. Les contours de la périostose ne présentent plus les échancrures irrégulières qui se voient sur la première image. Les taches claires disséminées dans la zone opaque ont disparu. La zone de périostose elle-même a diminué d'épaisseur.



Que ce traitement a été très prudemment conduit puisque en trois séries, elle n'a reçu au total que 4 gr. 50 de novarsénobenzol.

Les résultats ne s'en sont pas fait seulement sentir subjectivement mais encore objectivement.

Notons de plus que la médication arsenicale est la seule médication spécifique qui ait pu être supportée par la malade, puisque les médications mercurielle et iodurée étaient suivies presque immédiatement d'hydrargirisme et d'iodisme.

Cette observation est donc intéressante à plusieurs points de vue.

Cliniquement, elle nous montre quel degré énorme peuvent atteindre des lésions qui ne se sont jamais manifestées que par un seul signe bruyant : *la douleur*.

Radiographiquement, elle précise un fait anatomo-pathologique : c'est que la lésion syphilitique osseuse est non pas une ostéite mais une périostite.

Mais c'est surtout en ce qui concerne le traitement qu'elle est démonstrative.

En dehors de la médication arsenicale, nous étions désarmés puisque ni l'iodure ni le mercure, les spécifiques couramment employés, n'étaient tolérés par la malade.

Alors que l'énorme développement et l'ancienneté des lésions nous faisaient prévoir leur stabilité sous l'action du traitement, nous les avons vu régresser.

Dès la première injection de *novarsénobenzol* la douleur était atténuée alors qu'elle persistait après les piqûres de benzoate.

Trois conclusions donc s'imposent :

CONCLUSIONS

I. — FAIRE UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE

En présence de douleurs, si vagues soient-elles, mais persistantes, qui sont accusées au niveau d'un membre, chez des sujets présentant ou non des stigmates de syphilis ou d'hérédo-syphilis, penser à la spécificité possible. La rechercher. Pratiquer sans tarder un examen radiographique permettant d'orienter vers un diagnostic qui sera ensuite confirmé par un examen de laboratoire.

Ne pas oublier à quelles erreurs a donné lieu la mauvaise interprétation de ces lésions, trop souvent mises à tort sur le compte de la tuberculose.

II. — TRAITER VITE ET TRAITER LONGTEMPS

Aussitôt le diagnostic posé, instituer la médication la plus active dans ce cas : c'est-à-dire le *novarsénobenzol*.

III. — TRAITER QUELLE QUE SOIT L'IMPORTANCE DES LÉSIONS

Ne pas se laisser rebuter par l'aspect, l'étendue et l'ancienneté des lésions, puisque, même dans un cas défavorable comme celui devant lequel nous nous trouvons, le traitement arsenical fut suivi de succès.

Contrôler en tout cas les résultats obtenus par des examens radiographiques répétés.

Vu: le Président de la thèse :

LETULLE

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur

POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Statistiques	13
Syphilis fémorale.....	15
Siège de la lésion	17
Étude anatomo-pathologique.....	19
Étude radiographique.....	25
Diagnostic et traitement	29
Observation.....	37
Conclusions.....	50